

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Adres zamieszkania

3. Numer ewidencyjny (PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon) (dane podawane dobrowolnie)

5. Osoby do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach zawieranego stosunku pracy (w tym członkowie rodziny, jeśli podanie tych danych jest konieczne ze względu na korzystanie przez pracownika ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy):

Nazwisko i imię	PESEL	Pokrewieństwo)	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień niepełnosprawności)

*) Pokrewieństwo: małżonek **(01)**; dziecko własne, przysposobione lub drugiego małżonka **(11)**; wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie (również w ramach rodziny zastępczej) **(21)**; matka **(30)**; ojciec **(31)**; macocha **(32)**; ojczym **(33)**; babcia **(40)**; dziadek **(41)**; osoby przysposabiające osoby ubezpieczone **(50)**; inni krewni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (nie ubezpieczeni) **(60)**.

) Stopień niepełnosprawności: brak **(0); lekki **(1)**; umiarkowany **(2)**; znaczny **(3)**.

